



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

- ☐ CENTRE DE LOISIRS
☐ ACCUEIL JEUNES
☐ ACCOMPAGNEMENT A LA SCOLARITE

QF : _____

NOM DU JEUNE : _____

PRENOM _____

DATE DE NAISSANCE ____ / ____ / 20____ **AGE** ____

GENRE : _____

1^{er} RESPONSABLE DU JEUNE :

NOM _____ **PRENOM** _____

DATE DE NAISSANCE ____ / ____ / ____

ADRESSE _____

Code postal _____ **Ville** _____

Si Quimpérois préciser votre **quartier** : _____

TEL : Domicile _____ **Portable** _____ **Travail** _____

EMAIL : _____

2^e RESPONSABLE DU JEUNE :

NOM _____ **PRENOM** _____

DATE DE NAISSANCE ____ / ____ / ____

ADRESSE _____

Code postal _____ **Ville** _____

Si Quimpérois préciser votre **quartier** : _____

TEL : Domicile _____ **Portable** _____ **Travail** _____

EMAIL : _____

Autre personne à prévenir en cas d'urgence (Nom/téléphone) : _____

QUOTIENT FAMILIAL : _____ € **Joindre l'attestation CAF ou MSA...**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE :

Le jeune suit-il **un traitement médical** : oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine** marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Allergies : Asthme : oui ☐ non ☐ Médicamenteuses oui ☐ non ☐

Autres : oui ☐ non ☐ Alimentaires oui ☐ non ☐

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : (si automédication signaler)

Indiquer ci-après, les difficultés de santé (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre)

Recommandations utiles des parents (votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Préciser)

N° Sécurité Sociale (Joindre une copie de votre carte vitale) : _____

Mutuelle (Joindre une copie de votre carte de mutuelle) : _____

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) _____

Vaccins obligatoires : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite ou DT Polio ou Tétracoq (Joindre une copie du carnet de santé ou une attestation du médecin)

Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole : oui ☐ non ☐

varicelle : oui ☐ non ☐

Scarlatine : oui ☐ non ☐

Coqueluche : oui ☐ non ☐

Otite : oui ☐ non ☐

Rougeole : oui ☐ non ☐

Angine : oui ☐ non ☐

Oreillons : oui ☐ non ☐

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur du Centre des Abeilles à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du Centre à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation. Je m'engage également à rembourser les frais médicaux et/ou d'hospitalisation qui seraient avancés par la structure.

Date :

Signature :

FACTURATION : vous recevrez un mail de GOASSO (logiciel d'adhésion du Centre des Abeilles) en fin de mois et après chaque vacances scolaires.

ATTENTION : surveillez vos spams.

LE PAIEMENT peut se faire via le site GOASSO ou à l'accueil par CB, chèque, espèces et chèques vacances ANCV.